

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Gastroenterologische Biopsien

Kopie an:

Datum Entnahme

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen:

Tel./intern:

Klinische Angaben:

(leer lassen)

Dauer der Symptome:

Medikamente: NSAR Protonenpumpenhemmer andere:

Endoskopischer Befund:

Bei Kolitis: diffus segmental fokal

Fragestellung:

Entnahmeort: 1

2

3

4

5

6

